CAPITOLATO POLIZZA AIG EUROPE n. 30299
Assicurazione infortuni convittori e semiconvittori
Convitto Nazionale Statale "R. Bonghi" di Lucera

CIG: n. Z7324D6DC3

AVVERTENZA PRELIMINARE

Il presente "capitolato" è parte integrante e sostanziale della polizza suindicata; in caso di discordanza, quanto stabilito nel "capitolato" prevale su quanto riportato nel modulo di polizza.

SCHEDA TECNICA

Assicurati

Convittori e semiconvittori del Convitto Nazionale Statale "Ruggero Bonghi" di Lucera (FG).

In occasione di soggiorni, colonie, gite, stage, attività ginniche, giochi della gioventù, visite, viaggi, attività e manifestazioni di qualsiasi genere, all'esterno del Convitto, sempreché autorizzati dagli organi competenti, la garanzia deve ritenersi prestata, a tutti gli effetti, anche a favore delle persone incaricate di accompagnare, accudire, assistere e/o sorvegliare convittori e/o semiconvittori.

Somme assicurate/limiti di indennizzo

- Morte: € 100.000,00.
- Invalidità permanente: € 250.000,00.
- Danni estetici permanenti: € 50.000,00.
- Diaria giornaliera (fino a un massimo di 80 giorni) in caso di applicazione di ingessatura o di altro presidio immobilizzante: € 80,00.
- Perdita anno scolastico (attestata dalla Direzione dell'Istituto scolastico): € 5.000,00.
- Rimborso spese: € 10.000,00 con i seguenti sottolimiti:

trasporto, con qualsiasi mezzo, in luogo di cura e/o rientro alla dimora abituale	2.500,00
cure odontoiatriche e protesi dentarie	5.000,00
cure per eliminare o ridurre il danno estetico	5.000,00
acquisto di occhiali da vista (montatura e/o lenti)	250,00
lezioni di recupero	2.500,00
trasporto della salma fino alla dimora abituale e/o al luogo di sepoltura e ogni altra spesa relativa ai funerali (in caso di decesso dell'assicurato)	5.000,00

- Limite indennizzi per sinistro coinvolgente più assicurati: € 10.000.000,00.

Premio annuo finito

€ 972,00, non soggetto a regolazione.

Contraente
Convitto Nazionale Statale
"R. Bonghi"

Assicuratore
AIG Europe S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Procuratore Speciale
Massimiliano Benacquista

Firmato digitalmente da:Massimiliano Benacquista
Data:04/01/2019 14:41:23

GLOSSARIO

(Definizione di alcuni termini - in ordine alfabetico)

Assicurato: Il soggetto il cui interesse è tutelato dalla assicurazione.

Assicuratore: Il soggetto che assume a proprio carico il rischio garantendo l'indennizzo in caso di sinistro.

Attività convittuali: Tra le "attività di istituto" devono ritenersi comprese a, titolo esplicativo e non limitativo: scuola, prescuola, doposcuola, refezioni, ricreazioni, giochi, sperimentazione, attività di laboratorio, educazione fisica, attività ginnico-sportive a qualsiasi livello territoriale, stage, soggiorni, colonie, gite e visite di gruppo, incontri sociali e, più in generale, qualsiasi attività e/o manifestazione autorizzata dagli organi competenti, in qualunque giorno, compreso i festivi, e a qualunque ora essa si svolga, per tutta la sua durata e anche quando si protraesse, per qualsiasi causa, oltre il tempo stabilito.

Atto di terrorismo: Atto criminoso compiuto per scopi militari, politici, religiosi, ideologici, etnici o per altri scopi similari, compresa l'intenzione di influenzare o intimidire il governo di una nazione ovvero di sconvolgere o intimidire la popolazione o una parte di essa.

Broker: L'intermediario assicurativo iscritto nel registro di cui all'art. 109, lettera b), del D. Lgs 7 settembre 2005 n. 209, al quale il Contraente, con il consenso dell'Assicuratore, affida la gestione della polizza.

Contraente: Il soggetto che stipula il contratto con l'Assicuratore.

Convittori: Ragazze e ragazzi ospitati dal "Convitto" con pernottamento.

Indennizzo: La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro.

Infortunio in itinere: L'infortunio che dovesse capitare all'assicurato durante il tragitto dal luogo di partenza al luogo di destinazione e viceversa, con qualsiasi mezzo di locomozione pubblico o privato nonché a piedi.

Ingessatura: Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o presidi di ogni altro genere comunque immobilizzanti, applicati in luoghi di cura e rimuovibili solo da personale specializzato; sono pertanto esclusi i tutori di qualsiasi genere applicabili e rimuovibili anche da personale non specializzato.

Invalidità permanente (I.P.): La perdita o la diminuzione definitiva delle normali attitudini fisiche e/o mentali dell'assicurato.

Luogo di cura: Policlinico, clinica, ospedale, day hospital, casa di cura, pronto soccorso, ambulatorio, presidio medico e, più in generale, qualsiasi struttura, pubblica o privata, regolarmente autorizzata alla erogazione di prestazioni mediche e/o sanitarie. Non sono considerati luoghi di cura: gli stabilimenti termali, le strutture con finalità dietologiche, i c.d. centri benessere, le case di riposo e i centri per anziani, le case di convalescenza e/o di soggiorno.

Ministero: Ministero della Istruzione, Università e Ricerca.

Personale ATA: Personale amministrativo, tecnico e ausiliario.

Premio: Il corrispettivo dovuto dal Contraente per le garanzie prestate dall'Assicuratore.

Rischio: La possibilità che si verifichi il sinistro.

Semiconvittori: Ragazze e ragazzi ospitati dal "Convitto" senza pernottamento.

Sforzo: Impiego di energie muscolari, concentrate in breve tempo, che esorbitano dalle normali abitudini di vita dell'assicurato.

Sinistro: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prevista la garanzia assicurativa.

CONDIZIONI GENERALI

(in ordine alfabetico)

1. **Aggravamento del rischio**
Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'Assicuratore dei mutamenti comportanti un aggravamento del rischio tale che, se il diverso stato di cose fosse esistito o fosse stato noto all'Assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'Assicuratore non avrebbe assunto il rischio stesso o lo avrebbe assunto a condizioni diverse.

In tutti i casi di aggravamento del rischio vale il disposto di cui all'art. 1898 del C.C.

2. **Altre assicurazioni per lo stesso rischio**
In deroga all'art. 1910 del C.C., tanto il Contraente quanto i singoli assicurati vengono espressamente e validamente esonerati dall'obbligo di comunicare all'Assicuratore eventuali altre assicurazioni che fossero in corso di vigenza per lo stesso rischio al momento del sinistro.

3. **Assicurazione per conto di chi spetta**
Il Contraente stipula il contratto per conto di chi spetta e, pertanto, si applica l'art. 1891 del C.C.

4. **Clausola broker**
Il Contraente, con il consenso dell'Assicuratore, affida la gestione della polizza, fino alla sua cessazione, compreso riforme, proroghe o rinnovi, al broker:

ASSIGEM SRL, con sede in Manfredonia, Loc.tà Calle del Porto – Torre B.

I compensi del Broker, come da consuetudine di mercato, restano a intero ed esclusivo carico dell'Assicuratore e non costituiranno giammai onere aggiuntivo per il Contraente.

5. **Coassicurazione**
Nel caso in cui il rischio venga assunto in coassicurazione da più compagnie assicuratrici, la gestione ed esecuzione del contratto viene affidata a una di esse, qui denominata "Delegataria" e, pertanto, gli atti di ordinaria gestione compiuti da quest'ultima in esecuzione del contratto si intenderanno compiuti anche in nome e per conto di tutte le coassicuratrici.

In caso di sinistro, ciascuna compagnia concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla propria quota e senza alcun vincolo di solidarietà con tutte le altre.

6. **Comunicazioni tra le parti**
Le comunicazioni tra le parti dovranno avvenire esclusivamente per il tramite del Broker di cui al precedente art. 4) e, pertanto, qualsiasi comunicazione fatta dal Broker all'Assicuratore si intenderà fatta dal Contraente come pure qualsiasi comunicazione fatta dall'Assicuratore al Broker si intenderà fatta al Contraente.

Dette comunicazioni saranno considerate valide ed efficaci quando vengano effettuate a mezzo telefax, e-mail, raccomandata, consegna a mano, servizio di posta celere, corriere, telegramma o con qualsiasi altro mezzo che consenta di attestarne il mittente, il destinatario, la data e il contenuto.

7. **Denuncia del sinistro**
In caso di sinistro, la denuncia all'Assicuratore, in deroga all'art. 1913 del C.C., deve essere presentata nel termine di 30 giorni dalla data in cui l'Ufficio preposto del Contraente ne viene a conoscenza e, in caso di ritardo, vale il disposto di cui all'art. 1915 del C.C.

8. **Dichiarazioni inesatte e/o reticenze del Contraente**
Per eventuali dichiarazioni inesatte e/o reticenze del Contraente relative a circostanze tali che l'Assicuratore, se avesse conosciuto il vero stato delle cose non avrebbe assunto il rischio o lo avrebbe assunto a condizioni diverse, si applicano gli artt. 1892, 1893 e 1894 del C.C.

Comunque, non potrà essere fatta valere la inesattezza di eventuali dichiarazioni del Contraente riportate nel modulo di polizza predisposto dall'Assicuratore.

9. Diminuzione del rischio

Se il Contraente comunica una diminuzione del rischio, l'Assicuratore, ai sensi dell'art. 1897 del C.C. e fatto salvo il diritto di recesso previsto dallo stesso articolo, è tenuto a ridurre il premio o le rate di premio scadenti successivamente alla anzidetta comunicazione.

10. Disciplina contrattuale

Il contratto, per patto espresso tra le parti, è disciplinato esclusivamente e tassativamente dal presente "capitolato", salvo modifiche e/o integrazioni stabilite in apposite appendici di polizza espressamente accettate e sottoscritte sia dal Contraente che dall'Assicuratore.

Pertanto, eventuali condizioni difformi da quelle innanzi indicate devono ritenersi prive di ogni e qualsiasi efficacia.

11. Durata del contratto

Il contratto, sempreché il premio venga corrisposto nei termini pattuiti, ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza e termina, senza alcun obbligo di disdetta, alle ore 24.00 del giorno indicato nella polizza stessa; si esclude, pertanto, la possibilità di tacito rinnovo.

12. Foro competente

In caso di controversia tra Assicuratore e Contraente/assicurato, l'unico Foro competente è quello del luogo ove ha sede il Contraente.

13. Interpretazione

In caso di dubbio, le clausole del presente "capitolato" nonché le norme in esso richiamate e/o comunque applicabili saranno interpretate sempre in senso più favorevole al Contraente/assicurato.

14. Norme di rinvio

Per tutto ciò e quanto non previsto, regolamentato o meglio specificato nel presente "capitolato" valgono, per quanto pertinente e compatibile, le vigenti norme di legge.

15. Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi alla assicurazione, quali e quanti previsti dalla legge, sono a intero ed esclusivo carico del Contraente/assicurato.

16. Pagamenti del Contraente a favore dell'Assicuratore

Il pagamento delle somme dovute dal Contraente all'Assicuratore, fino alla cessazione della polizza, compreso eventuali riforme, proroghe o rinnovi, dovrà essere effettuato esclusivamente a ½ bonifico bancario a favore del Broker indicato al precedente punto 4), fermo l'obbligo da parte di quest'ultimo di darne debito conto all'Assicuratore nei termini previsti da consolidata consuetudine di mercato o da diversi accordi intercorsi tra gli stessi Broker e Assicuratore.

Resta espressamente convenuto tra le parti che la contabile bancaria attestante l'avvenuto pagamento a favore del Broker varrà, a tutti gli effetti, come quietanza liberatoria per il Contraente.

17. Pagamento del premio/Termine di rispetto

Per il pagamento della prima rata di premio, in deroga all'art. 1901 del C.C., viene concesso un "termine di rispetto" di 30 gg dalla data di decorrenza della garanzia.

Parimenti, per il pagamento delle rate di premio successive alla prima, in deroga all'art. 1901 del C.C., viene concesso un "termine di rispetto" di 30 gg dalla data di scadenza contrattuale.

Il mancato pagamento del premio nel "termine di rispetto" stabilito innanzi, comporta l'automatica sospensione della assicurazione dalle ore 24.00 del giorno di scadenza di tale "termine" fino alle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento viene effettuato; si precisa che, a seguito di tardivo pagamento del premio, l'assicurazione torna a operare per i sinistri avvenuti dopo le ore 24.00 del giorno in cui viene effettuato il pagamento ma non per quelli avvenuti durante il periodo di temporanea sospensione della assicurazione.

18. Recesso anticipato

Qualora la polizza sia stata stipulata per una durata pluriennale, le Parti si riconoscono la reciproca

facoltà di recesso anticipato, che ciascuna di esse potrà esercitare in concomitanza con ogni scadenza annuale dandone comunicazione scritta all'altra parte con un preavviso minimo di 60 giorni.

Il recesso anticipato da parte del Contraente si considera valido ed efficace solo quando venga esercitato, nei termini anzidetti, per il tramite del Broker di cui al precedente art. 4).

19. Situazione sinistri

L'Assicuratore si impegna a fornire al Contraente, entro 30 giorni dalla richiesta, la situazione analitica dei sinistri denunciati ai sensi del presente "capitolato", specificando quali di essi siano rimasti senza seguito e quali, invece, siano stati liquidati o riservati, con i relativi importi.

20. Tracciabilità dei flussi finanziari

L'Assicuratore assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della legge 13 agosto 2010 n. 136 e successive mm. ii. e, qualora venga a conoscenza dell'inadempimento agli anzidetti obblighi di tracciabilità da parte di altri soggetti di cui si avvale per l'esercizio della propria attività (agenti, sub agenti, produttori, liquidatori, ecc), si impegna a darne immediata comunicazione al Contraente e alla Prefettura -Ufficio Territoriale del Governo della provincia ove ha sede il Contraente.

CONDIZIONI SPECIFICHE ASSICURAZIONE INFORTUNI

21. Inquadramento del rischio

Si considera infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che procuri all'assicurato lesioni e/o menomazioni obiettivamente constatabili.

Inoltre, ai fini della presente assicurazione, si considera infortunio:

a. l'asfissia di origine non morbosa;
b. l'avvelenamento acuto derivante da ingestione o da assorbimento di sostanze velenose o, comunque, nocive;
c. l'intossicazione acuta derivante da ingestione o assorbimento di sostanze tossiche;
d. l'infezione conseguente a morsi di animali o a punture di insetti o di aracnidi, escluse la malaria e le malattie tropicali;
e. l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, il colpo di sole e il colpo di calore;
f. l'ernia addominale da sforzo, esclusa l'ernia rachidea;
g. lo strappo muscolare da sforzo;
h. la rottura sotto-cutanea del tendine di Achille.

Sono anche compresi in garanzia, gli infortuni sofferti dall'assicurato:

i. in stato di malore o di incoscienza;
j. a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
k. a seguito di attentato o di aggressione;
l. in occasione di atti o imprese temerarie compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
m. in occasione di tumulti popolari, atti e/o azioni di terrorismo compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale, atti e/o azioni di sabotaggio o di vandalismo, a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva.

22. Assicurati/Copertura automatica

La garanzia deve ritenersi pienamente e validamente operante per tutte le persone genericamente indicate nella "scheda tecnica", a patto che non si tratti di persone non assicurabili ai sensi del successivo art. 25).

Si dà atto che gli assicurati non vengono identificati a priori e che, all'occorrenza, per la loro identificazione si farà riferimento alle evidenze amministrative del Contraente, il quale dovrà esibirle all'Assicuratore a sua semplice richiesta.

23. Esonero denuncia infermità e difetti fisici delle persone assicurate

Il Contraente non ha alcun obbligo di denunciare all'Assicuratore eventuali infermità, mutilazioni,

malformazioni o difetti fisici da cui fossero affetti gli assicurati al momento della stipulazione della polizza o che dovessero sopravvenire in corso di vigenza della polizza stessa.

24. Limite di età

La garanzia, per tutte le persone assicurate, è prestata fino al compimento del 75° anno di età.

Tuttavia, per le persone che compiano il 75° anno di età in corso di vigenza della polizza, l'assicurazione resta valida fino alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso alla data in cui si verifica detto evento.

25. Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o infezione da HIV nonché le persone affette dalle seguenti malattie o infermità: lesioni cerebrali vascolari, disturbi schizofrenici, paranoici, sindrome maniaco-depressiva, sindromi e/o disturbi mentali organici.

Pertanto, eventuali sinistri nei quali dovessero incorrere persone affette da una o più delle anzidette patologie non sono indennizzabili.

26. Oggetto della assicurazione

La garanzia è prestata per gli infortuni nei quali dovesse incorrere l'assicurato per qualsiasi causa, tranne quelle espressamente escluse, durante la permanenza nel "Convitto" e in occasione della partecipazione a qualsivoglia "attività convittuali" (come da glossario), compreso il tempo di attesa nelle immediate adiacenze dei luoghi stabiliti un'ora prima dell'inizio e un'ora dopo la fine di tali attività.

La garanzia comprende anche il rischio "in itinere" (come da glossario).

27. Calamità naturali

Con riferimento all'art. 1912 del C.C., si precisa che l'assicurazione deve intendersi prestata anche per gli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche.

28. Rischio guerra all'estero

L'assicurazione vale anche per gli infortuni occorsi all'assicurato all'estero (esclusi il territorio della Città del Vaticano e dello Stato di San Marino) e causati da stato di guerra (dichiarata e non dichiarata), insurrezione, invasione, atti bellici e ostilità armate di ogni genere, nell'arco temporale dei primi 60 giorni dall'inizio dei suddetti eventi.

29. Rischio volo

L'assicurazione vale anche per gli infortuni in cui dovesse incorrere l'assicurato durante i viaggi effettuati, in qualità di passeggero, su aerei o elicotteri adibiti al trasporto pubblico di passeggeri.

Il viaggio si considera iniziato nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne discende.

Restano espressamente esclusi dalla suddetta garanzia i viaggi effettuati su aerei o elicotteri adibiti a trasporti diversi da quello pubblico di passeggeri.

30. Limite territoriale

L'assicurazione è valida per il mondo intero.

31. Esclusioni di garanzia

Sono esclusi dalla assicurazione gli infortuni occorsi all'assicurato:

a. alla guida di qualsivoglia veicolo o natante a motore senza l'abilitazione prescritta dalle norme vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta a condizione, in tal caso, che al momento del sinistro l'assicurato abbia i requisiti per il rinnovo;
b. in conseguenza di azioni delittuose compiute o semplicemente tentate dallo stesso assicurato nonché in occasione della sua partecipazione a imprese temerarie, salvo che non si tratti di azioni o imprese compiute per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
c. a causa di ubriachezza nonché a causa dell'uso di stupefacenti, psicofarmaci o allucinogeni assunti volontariamente;
d. derivanti da atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, battereologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o di ordigno utilizzato per portare a

termine l'azione criminosa;

e. a causa di eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto al precedente art. 28);
f. in qualità di pilota o di passeggero di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto al precedente art. 29);
g. a causa di radiazione nucleare o di contaminazione chimica e/o batteriologica.

Sono anche esclusi gli infortuni occorsi all'assicurato nel praticare le seguenti attività:

h. pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o di ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio e qualsiasi sport aereo;
i. corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli a motore, salvo che si tratti di regolarità pura.

Infine, sono esclusi gli infarti nonché le conseguenze di interventi chirurgici, gli accertamenti e le cure mediche non resi necessari da infortunio.

32. Morte

Qualora, a seguito di infortuno indennizzabile ai sensi del presente "capitolato" ed entro due anni dal giorno in cui l'infortunio stesso è avvenuto, l'assicurato muoia, l'Assicuratore liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte.

In difetto di designazione detta somma viene liquidata, in parti uguali, agli aventi causa.

33. Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di contratto, il corpo dell'assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il suo decesso, l'Assicuratore, decorsi sei mesi dalla istanza di morte presunta, presentata ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 60 et 62 del C.C, liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte.

In difetto di designazione detta somma viene liquidata, in parti uguali, agli aventi causa.

Nel caso in cui dopo il pagamento della somma assicurata per il caso di morte risulti che l'assicurato è ancora vivo, l'Assicuratore ha diritto alla restituzione della somma anzidetta ma, nel contempo, è obbligato per le restanti garanzie previste dal presente "capitolato".

34. Coma irreversibile

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di contratto ed entro due anni dal giorno in cui l'infortunio stesso è avvenuto, l'assicurato cada in uno stato di "coma irreversibile" e tale stato perduri per più di tre mesi da quando viene accertato, l'Assicuratore liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte.

In difetto di designazione detta somma viene liquidata, in parti uguali, agli aventi causa.

Nel caso in cui, successivamente alla certificazione dello stato di "coma irreversibile" e dopo il pagamento della somma assicurata per il caso di morte, l'assicurato esca da tale stato, l'Assicuratore ha diritto alla restituzione della somma anzidetta ma, nel contempo, è obbligato per le restanti garanzie previste dal presente "capitolato".

35. Determinazione del grado di invalidità permanente

Il grado di I.P. viene determinato applicando i criteri e i valori stabiliti nell'allegato n. 1 al DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e successive mm. ii., con le seguenti ulteriori pattuizioni.

A - MENOMAZIONI VISIVE E/O UDITIVE

Per la valutazione delle menomazioni visive e/o uditive il grado di I.P. sarà determinato tenendo conto della eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

B - MANCINISMO

Se l'assicurato risulta mancino, il grado di invalidità per il lato destro viene applicato al lato sinistro e viceversa.

C – ARTO SUPERIORE, MANO, AVAMBRACCIO

Nel caso in cui l'assicurato subisca un infortunio a un arto superiore o a una mano o a un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si tiene conto di ciò anche nella valutazione del grado di I.P.

D – PERDITA DI UN SENSO, DI UN ARTO O DI UN ORGANO
La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un senso, di un arto o di un organo viene considerata come perdita anatomica; se trattasi di perdita parziale o semplice menomazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

E – PERDITA DI PIÙ SENSI, DI PIÙ ARTI O DI PIÙ ORGANI
Nei casi di perdita anatomica o funzionale o di riduzione funzionale di più sensi, di più arti o di più organi, l'indennità viene stabilita mediante la somma delle percentuali corrispondenti a ogni singola invalidità, fino al limite massimo del 100%.

F – PERDITA DI UN ARTO O DI UN ORGANO GIÀ MENOMATO
In caso di perdita anatomica o funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali indicate nell'allegato n. 1 al DPR 30 giugno 1965 n. 1124 vengono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

G – PERDITA DELLA VOCE
La perdita parziale della voce non viene considerata invalidità mentre per la perdita totale (afonia) si riconosce un grado di invalidità del 30%.

H – ERNIE TRAUMATICHE NON OPERABILI
Per le ernie traumatiche e le lesioni da sforzo non operabili si riconosce una invalidità del 10%, anche se l'ernia è bilaterale.

Qualora insorgano divergenze circa l'operabilità o meno dell'ernia si farà ricorso al collegio arbitrale di cui al successivo art. 46).

36. Indennizzo per la invalidità permanente

Per la I.P. di grado fino al 3%, accertata con i criteri stabiliti al precedente art. 35), non è previsto alcun indennizzo.

Per la I.P. di grado superiore al 3% e fino al 40%, accertata con i criteri stabiliti al precedente art. 35), l'indennizzo è pari alla somma assicurata per la I.P. totale rapportata al grado di I.P. accertato, dedotta una franchigia del 3%.

Per la I.P. di grado superiore al 40% e fino al 60%, accertata con i criteri stabiliti al precedente art. 35), l'indennizzo è pari alla somma assicurata per la I.P. totale rapportata al grado di I.P. accertato e senza l'applicazione di alcuna franchigia.

Per la I.P. di grado superiore al 60%, accertata con i criteri stabiliti al precedente art. 35), l'indennizzo è pari alla somma assicurata per la I.P. totale.

Nel caso in cui, trascorsi 90 giorni dal termine delle cure mediche, sia prevedibile che all'as-sicurato residui una I.P. di grado pari o superiore al 25%, l'Assicuratore, a richiesta dell'inte-ressato e sempreché non siano sorte contestazioni sulla efficacia della garanzia, corrisponde un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base al presumibile indennizzo definitivo.

Il diritto all'indennizzo per la I.P. è di carattere personale e, quindi, non è trasmissibile; tuttavia, se l'assicurato dovesse morire per cause indipendenti dall'infortunio dopo che detto indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, l'importo già liquidato od offerto viene corrisposto ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli aventi causa in parti uguali.

L'indennizzo per la I.P. a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi del presente "capitolato" è dovuto se l'invalidità stessa si manifesta entro due anni dal giorno dell'infortunio anche se, nel frattempo, la polizza è cessata.

37. Danni estetici permanenti

Se l'infortunio indennizzabile ai sensi del presente "capitolato" ha come conseguenza "danni estetici permanenti", che si manifestino entro un anno dal giorno dell'infortunio, l'assicurato ha diritto a un indennizzo da calcolarsi in base ai seguenti criteri.

A – VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DEI DANNI ESTETICI

1.	gravissima deformazione del viso	40%
2.	perdita completa del cuoio capelluto	15%
3.	perdita di tutto il naso	30%
4.	perdita di un padiglione auricolare	11%
5.	perdita di un labbro	15%
6.	perdita di un emilabbro	10%
7.	perdita di ambedue le labbra	25%
8.	perdita di un occhio senza possibilità di applicare una protesi estetica	10%
9.	perdita della mandibola	30%
10.	cicatrici lineari al volto visibili a distanza di conversazione, per ogni cm	3%
11.	cicatrici a superficie estesa al volto visibili a distanza di conversazione, per ogni cm^2	1%
12.	cicatrici al collo fino a 20 cm^2	da zero a 5%
13.	cicatrici al collo oltre 20 cm^2 e fino a 50 cm^2	da 5 a 10%
14.	cicatrici al collo oltre 50 cm^2	da 10 a 15%

B – LIMITAZIONI

1. Le cicatrici multiple o le perdite di sostanza al volto (parti molle e/o ossee) sono valutabili al massimo con la stessa percentuale prevista per la "gravissima deformazione del viso".
2. Nel caso di "danni estetici" plurimi, l'indennizzo viene stabilito sommando le percentuali corrispondenti a ogni singola malformazione e fino a un massimo del 100%.

C – SOMME INDENNIZZABILI

1. Per "danni estetici" di grado fino al 5% non è previsto alcun indennizzo.
2. Per "danni estetici" di grado superiore al 5% e fino al 40%, l'indennizzo è pari alla somma indicata nella "scheda tecnica" rapportata alla percentuale accertata con i criteri di cui sopra e dedotta una franchigia del 5%.
3. Per "danni estetici" di grado superiore al 40% e fino al 60%, l'indennizzo è pari alla somma indicata nella "scheda tecnica" rapportata alla percentuale accertata con i criteri di cui sopra e senza l'applicazione di alcuna franchigia.
4. Per "danni estetici" di grado superiore al 60%, l'indennizzo è pari alla somma indicata nella "scheda tecnica".

D – ESCLUSIONI

Restano espressamente esclusi dalla garanzia i "danni estetici" alla schiena, al torace, all'addome, alle braccia e alle gambe.

E – DIRITTO ALL'INDENNIZZO

Il diritto all'indennizzo per i "danni estetici" è di carattere personale e, quindi, non è trasmissibile agli aventi causa; tuttavia, se l'assicurato dovesse morire per cause indipendenti dall'infortunio dopo che detto indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, l'importo già liquidato od offerto viene corrisposto ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli aventi causa in parti uguali.

38. Diaria a seguito di ingessatura

In caso di applicazione di ingessatura o di alto presidio immobilizzante a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi del presente "capitolato", l'Assicuratore liquida all'assicurato una diaria giornaliera dalla data di applicazione del gesso o del presidio fino alla data della sua rimozione e, comunque, fino al numero massimo di giorni indicati nella "scheda tecnica".

La somma spettante all'assicurato a titolo di diaria viene corrisposta dietro presentazione di certificazione medica attestante l'avvenuta applicazione del gesso o di altro presidio immobilizzante e della sua

successiva rimozione.

39. Rimborso spese a seguito di infortunio

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi del presente "capitolato", l'Assicuratore, nei limiti e sottolimiti indicati nella "scheda tecnica", rimborsa le seguenti spese, sempreché vengano sostenute entro un anno dal verificarsi del sinistro e risultino conseguenza diretta ed esclusiva del sinistro stesso:

a. onorari dei chirurghi e/o dell'equipe operatoria;
b. uso delle sale operatorie, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endo-protesi applicati durante l'intervento;
c. rette di degenza in luogo di cura;
d. visite mediche, esami e accertamenti diagnostici;
e. prestazioni medico-sanitarie, ambulatoriali e infermieristiche;
f. acquisto di medicinali;
g. acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici, sanitari o terapeutici, compreso carrozzelle ortopediche;
h. trattamenti fisioterapici e rieducativi relativi alla parte anatomica lesionata;
i. trasporto dell'assicurato, con qualsiasi mezzo, in luogo di cura e/o ritorno alla propria dimora;
j. cure odontoiatriche e protesi dentarie;
k. cure, applicazioni e/o interventi di chirurgia ricostruttiva effettuati allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici;
l. acquisto di occhiali da vista (montatura e/o lenti);
m. lezioni di recupero;
n. trasporto della salma dell'assicurato fino alla propria dimora abituale e/o al luogo di sepoltura e ogni altra spesa relativa ai funerali.

Il rimborso delle spese di cui sopra è effettuato in valuta avente corso legale in Italia sulla base di idonea documentazione probatoria, da prodursi in originale; per le spese sostenute all'estero si applica il cambio del giorno in cui viene effettuato il rimborso.

A richiesta dell'assicurato la documentazione prodotta in originale viene restituita previa apposizione dell'importo liquidato e della data di avvenuta liquidazione.

40. Danni indennizzabili

In caso di infortunio, ai fini della determinazione dell'indennizzo dovuto all'assicurato, vengono considerate le conseguenze dirette, esclusive e obbiettivamente constatabili dell'infortunio e, invece, non vengono considerati né il danno biologico né le condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

Pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e, come tali, non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione, malformazione o difetto fisico, l'indennità per l'invalidità permanente è liquidata per le conseguenze dirette ed esclusive conseguenti all'in-fortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e, quindi, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

41. Cumulo di indennizzi

Gli indennizzi previsti dal presente "capitolato", nei limiti stabiliti nella "scheda tecnica", sono cumulabili tra loro, tranne l'indennizzo per il caso di morte che non è cumulabile con quello per la I.P.

Nel caso in cui sia stato effettuato il pagamento di un indennizzo per I.P. e, in conseguenza del sinistro ed entro due anni dal suo verificarsi, l'assicurato muoia, l'Assicuratore corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli aventi causa, la eventuale differenza tra l'indennizzo già corrisposto per la i.p. e quello dovuto per il caso di morte mentre non chiede il rimborso se l'indennizzo già corrisposto per la I.P. risulti superiore a quello dovuto per il caso di morte.

42. Limite indennizzi per sinistro coinvolgente più assicurati

In caso di sinistro che colpisca più persone assicurate con la presente polizza, l'ammontare complessivo

degli indennizzi dovuti dall'Assicuratore, non potrà superare la somma indicata nella "scheda tecnica".

43. Documentazione da fornire all'Assicuratore in caso di sinistro

In caso di sinistro, all'Assicuratore devono essere forniti gli atti, i documenti, le informazioni e quant'altro utile o necessario, compreso la cartella clinica e i certificati medici sul decorso delle lesioni sino a guarigione avvenuta.

Qualora i certificati medici sul decorso delle lesioni non vengano rinnovati alle rispettive scadenze, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato inviato, salvo che l'Assicuratore non possa stabilire una data diversa.

44. Rinuncia dell'Assicuratore al diritto di surrogazione

L'Assicuratore, per gli indennizzi corrisposti a seguito di infortunio, rinuncia espressamente e validamente al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del C.C.

45. Azione risarcitoria promossa dall'assicurato o aventi causa

Dato atto che il Contraente stipula la polizza anche nel proprio interesse, si conviene che, qualora l'assicurato o gli aventi causa intentino azione di responsabilità civile nei confronti del Contraente, la somma dovuta dall'Assicuratore a termini di polizza verrà accantonata per essere destinata al risarcimento al quale fosse tenuto il Contraente per sentenza o transazione.

Qualora, invece, l'assicurato o gli aventi causa recedano dalla suddetta azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti, la somma accantonata verrà destinata, fino a totale concorrenza, al rimborso delle spese legali e peritali sostenute dal Contraente e per l'eventuale eccedenza verrà liquidata all'assicurato o agli aventi causa.

46. Divergenze tra Assicuratore e assicurato/Arbitrato irrituale

Le divergenze tra Assicuratore e assicurato sulla natura, causa ed entità delle lesioni nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità possono essere demandate a un collegio di tre medici nominati uno da ciascuna delle parti e il terzo di comune accordo tra i primi due.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere scelto, fra gli specialisti in medicina legale delle assicurazioni, dal presidente del relativo "Ordine" avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il collegio dei medici.

Il collegio risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese, remunera il medico da essa designato e concorre per la metà alle spese e competenze del terzo medico.

Il collegio medico, ove ne riscontri la necessità, può rinviare l'accertamento definitivo della I.P. e, nel frattempo, può concedere una provvisionale sull'indennizzo.

Il collegio medico decide a maggioranza e con dispensa da qualsiasi formalità procedurale.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in duplice esemplare, uno per ciascuna delle parti.

Le decisioni del collegio medico, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali, sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato nel verbale sottoscritto dagli altri due arbitri.

IL RETTORE-DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Annamaria BIANCO)